

Plateforme SANITAIRE & SOCIALE

LETTRE D'INFORMATION
DE LA PLATEFORME SANITAIRE ET SOCIALE
DE PICARDIE

n°9

Novembre 2010

SOMMAIRE

Édito	
On en a parlé	
• Accueil des sans abri : de nouveaux outils (PDAHI, SIAO)	2-3
Actualité	3
• Stratégie nationale pour la prise en charge des personnes sans abri ou mal logées, un an après...	
Brèves	4
Entretien	5
• Insertion professionnelle des diplômés en travail social, entretien avec Marie-Véronique Labasque, Dero-Creai/Irffe	
Initiative	6
• Accueil des populations immigrées (Pripi)	
Focus	
• Les certificats de santé du 24 mois...	8
• ... et ceux du 8 ^e jour	9
• L'action de santé publique des services de PMI par les certificats de santé	10
Données nationales	
• Estimations des couvertures vaccinales à 24 mois	11
Brev'd'Europe	12
Europe	13
• Agence exécutive pour la santé et les consommateurs	
Doc	14
• Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton	15
Tribune libre	16
• Les associations de solidarité vont devoir s'adapter	
Agenda	16

Le Conseil de modernisation des politiques publiques du 11 juin 2008 puis la circulaire du Premier ministre du 7 juillet 2008 ont décidé de créer, parmi les huit structures de la nouvelle organisation régionale de l'État, les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).

Bien que l'État ne soit pas le seul acteur de la cohésion sociale et indépendamment du transfert aux collectivités locales des compétences dans le domaine social, il réaffirme clairement sa légitimité et son rôle majeur de garant de la cohésion sociale, de pilote et d'animateur des différents partenaires impliqués.

Au sein des DRJSCS, le regroupement opéré des pôles sociaux de la Drass, des DRJS et des directions régionales de l'Acsé, fédère des services de l'État dont l'un des objectifs partagé est le renforcement du lien social, l'inclusion des personnes vulnérables et la cohésion sociale territoriale. Les DRJSCS constituent ainsi un espace privilégié, porteur de plus value en matière de mutualisation des compétences, d'appréhension globale des problèmes et de mise en cohérence des interventions conduites en direction des publics les plus vulnérables, de la jeunesse et des sports dans une logique de promotion sociale et d'éducation populaire, en matière de soutien et de valorisation de la vie associative, de promotion de l'égalité des chances, de lutte contre les discriminations et d'équité territoriale et en faveur des habitants des quartiers ciblés par la politique de la ville.

Les noms des directions de la cohésion sociale, les DRJSCS et les DDCS, sont clairement désignées comme l'un des acteurs déterminants pour atteindre les objectifs assignés par les pouvoirs publics en matière de cohésion sociale. Le Conseil de l'Europe propose une définition qui se rapproche le plus, peut-être des préoccupations et des domaines d'intervention de la DRJSCS. La cohésion sociale serait ainsi « la capacité de la société à assurer le bien-être de tous les membres, incluant l'accès équitable aux ressources disponibles, le respect de la dignité dans la diversité, l'autonomie personnelle et collective et la participation responsable ».

Inégalités sociales de santé en Picardie

En France, des disparités significatives de mortalité et de morbidité persistent entre les différentes catégories sociales. Cette persistance atteste l'influence des facteurs sociaux sur l'état de santé. Les inégalités sociales de santé sont devenues l'objet de nombreuses publications en sciences sociales. En effet, de plus en plus, la statistique montre que les ouvriers non qualifiés ont une espérance de vie sensiblement inférieure à celle des cadres.

Selon un rapport du Haut Conseil de la santé publique, ces inégalités pourraient à terme « constituer un véritable enjeu de cohésion sociale ». En période de difficultés économiques, voilà un constat qui ne manque pas d'interpeller : les inégalités sociales de mortalité sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe, particulièrement pour les hommes.

Ce même rapport présente un bilan de la loi de santé publique du 9 août 2004. Une loi ambitieuse qui dressait une liste de 100 objectifs de santé publique dans des domaines très variés : tabac, alcool, cancers, obésité... Il est difficile de tirer un enseignement très concret de l'analyse, faite point par point, par le Haut Conseil. On constate que les inégalités sociales de santé ont un poids déterminant dans les indicateurs sociaux de santé.

Dans un rapport intitulé Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en agissant sur les déterminants sociaux de santé, publié en 2008, l'OMS conclut que « réduire les inégalités en santé est un impératif éthique. L'injustice sociale tue à grande échelle ».

En effet, les préoccupations de la DRJSCS portent sur les déterminants socio-économiques. Les inégalités sociales de santé sont devenues l'objet de nombreuses approches territoriales. Les inégalités sociales de santé déterminent des inégalités scolaires, des inégalités face à l'emploi et des inégalités face aux autres usages sociaux. Pour la DRJSCS, il est important de partager avec l'ARS une méthodologie de diagnostic territorial et de connaissance des populations.

Articulation nécessaire du sanitaire et du social

L'affirmation et la promotion du droit des usagers, la diversification des modes d'intervention et leur nécessaire coordination constituent autant d'éléments plaidant dans le sens d'une meilleure articulation entre le sanitaire et le social. Force est de constater que les cloisonnements des secteurs et des acteurs du sanitaire et social structurent la société française et sont le fruit d'une histoire. La réorganisation de l'État en région avec, d'une part, la création d'un service déconcentré regroupant les acteurs de la cohésion sociale et de la jeunesse et des sports et, d'autre part, l'agence régionale de santé va permettre de distinguer les cloisonnements utiles pour la mise en œuvre des politiques publiques et ceux à surmonter pour faciliter l'enjeu essentiel de la promotion des droits des usagers.

Éric LEDOS,

Directeur régional,
Direction régionale de la jeunesse,
des sports et de la cohésion sociale

Accueil des sans abri : de nouveaux outils

Les plans départementaux d'accueil, d'hébergement et d'insertion (PDAHI) et les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) sont de nouveaux outils de planification territoriale. L'accueil des sans-abri est une préoccupation du gouvernement et la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) a la tâche de coordonner le travail effectué en ce sens par les directions départementales de cohésion sociale (DDCS) sous l'autorité des préfets de départements.

Les personnes sans abri sont orientées en fonction de leur statut et de leur situation vers les dispositifs d'hébergement ou de logement adaptés les plus appropriés à leur situation. Les dispositifs d'hébergement se distinguent en fonction de la nature des prestations assurées et des publics accueillis. Les structures d'hébergement généralistes regroupent :

- les centres d'hébergement d'urgence qui assurent la mise à l'abri des personnes pour une courte durée. Le recours à l'hôtel est parfois nécessaire pour faire face à toutes les situations, notamment en période hivernale ;
- les centres de stabilisation et les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) qui assurent en outre un accompagnement adapté au projet personnalisé d'insertion.

Les structures spécialisées pour la prise en charge des demandeurs d'asile comprennent les centres d'accueil d'urgence et les centres d'accueil des demandeurs d'asile (Cada) pour les demandeurs d'asile durant la procédure d'examen de leur demande. Dès lors qu'ils obtiennent l'autorisation de séjour sur le territoire, les réfugiés peuvent être orientés vers des centres provisoires d'hébergement (CPH) qui ont des missions d'insertion et d'accès aux dispositifs de droit commun.

La nouvelle stratégie de prise en charge des personnes sans abri ou mal logées vise à privilégier l'accès au logement en mettant, s'il y a lieu, un accompagnement adapté à chaque situation. Cette nouvelle approche conduit à la mise en place d'un service public de l'hébergement et de l'accès au logement des

personnes sans abri. Il repose sur plusieurs outils comme les plans départementaux d'accueil, d'hébergement et d'insertion (PDAHI) et les services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO)

Les PDAHI

Outils structurants de la refondation du système de l'hébergement et de l'accès au logement, les PDAHI organisent la planification territoriale de l'offre d'hébergement et de logements adaptés dans la perspective de l'accès au logement. Ils ont vocation à s'agréger aux plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées et constituent le document de référence commun à l'ensemble des acteurs du champ de l'hébergement et du logement.

En Picardie, ils ont été élaborés fin mai dans chaque département sous l'impulsion des directions départementales de cohésion sociale (DDCS) en associant l'ensemble des acteurs du domaine du logement, de l'hébergement et les représentants des usagers. Ils mettent en lumière les caractéristiques propres à chaque territoire, les besoins, les axes d'évolution et fixent des priorités qui se déclinent de manière très opérationnelle dans une programmation pluriannuelle d'actions.

Au niveau régional, la DRJSCS a produit, à partir de l'analyse des PDAHI, une synthèse régionale qui retient cinq axes d'évolution prioritaires :

- l'amélioration de l'observation et du pilotage des dispositifs d'hébergement et d'accès

au logement. Des crédits d'ingénierie sont mobilisés pour un appui méthodologique au suivi de la mise en œuvre des PDAHI ;

- le renforcement de la coordination avec les partenaires pour améliorer les synergies entre les dispositifs spécialisés et de droit commun ;

- l'amélioration de l'accès au logement social en poursuivant le développement du programme maisons relais. La Picardie dispose de 465 places en maisons relais et a atteint l'objectif fixé. Toutefois, des besoins sont identifiés au-delà de l'objectif. Les logements en intermédiation constituent également une solution de transition vers le logement ordinaire et pérenne. Ce dispositif est proposé dans le parc privé dans la Somme et l'Oise. Son extension à l'Aisne est envisagée ;

- la prise en compte des besoins des publics spécifiques, notamment en développant dans chaque département des résidences accueil pour la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. Les résidences accueil sont des maisons relais spécialisées, mais ce dispositif n'existe pas en Picardie ;

- l'amélioration de la fluidité des dispositifs d'hébergement. Afin de favoriser les sorties des structures d'hébergement vers le logement adapté ou ordinaire, un objectif de sortie des structures d'hébergement (centre d'hébergement d'urgence, centre de stabilisation, centre d'insertion) de 25 % a été fixé à chaque département pour l'année 2010.

Les SIAO

Le dispositif de veille sociale a été repensé pour offrir à toute personne en situation d'urgence et, partout sur le territoire, un accueil, une évaluation et une solution adaptée. Leur rôle et leurs modalités de fonctionnement sont précisés par une circulaire du 8 avril 2010. Ils ont pour mission de réguler les orientations des personnes sans hébergement durable, de coordonner les acteurs locaux de l'hébergement et du logement, d'assurer un soutien à l'accompagnement personnalisé des bénéficiaires et de contribuer à la mise en place d'observatoires locaux. Ils ont vocation à associer tous les acteurs concernés : asso-

Les chiffres clés de l'hébergement et du logement adapté

Nombre de places ouvertes au 31/12/2009	Aisne	Oise	Somme	Picardie
Hébergement généraliste (urgence, stabilisation, insertion, hôtel)	621	583	1 033	2 237
Maisons relais	170	138	120	428
Hébergement des demandeurs d'asile (Cada, Auda, hôtels)	127	669	315	1 111
Hébergement des réfugiés	-	30	30	60

Source : DDCS/DRJSCS-PDAHI 2010

Accueil des sans abri (suite)...

ciations, collectivités territoriales, bailleurs sociaux, opérateurs du logement adapté, etc. Le SIAO est d'abord une organisation et une mise en réseau des acteurs visant à rechercher une meilleure adéquation entre l'offre et la demande d'hébergement, tout en simplifiant les démarches et en optimisant les moyens. En Picardie, le choix d'un opérateur unique a été fait. En termes juridiques, le support retenu est soit un groupement de coopération social et médico-social (GCSMS), soit une forme associative. Dans l'Aisne, un accord conventionnel a été passé entre deux associations concernées par l'accueil et l'orientation des personnes sans abri. L'Oise a opté pour un CGSMS créé le 22 juin dernier. Dans la Somme, le SIAO a retenu une forme associative dont l'Udaus est l'opérateur. Les SIAO ne sont pas totalement stabilisés mais l'organisation est déjà opérationnelle dans les trois départements depuis le 15 septembre dernier grâce au dynamisme de l'en-

semble des acteurs et, tout particulièrement, des associations. Avec la mise en place du référent personnel, cette nouvelle logique de fonctionnement devrait pouvoir produire des effets rapidement perceptibles. La mise en œuvre du service public de l'hébergement et du logement vise à rendre le recours au dispositif d'hébergement exceptionnel et temporaire. Le SIAO est le garant de l'insertion des personnes sans abri. Il devra relever un double défi : prendre en compte l'objectif de « zéro demande de mise à l'abri non pourvue par manque de place pendant toutes les périodes hivernales », d'une part, et faire face aux conséquences de la pression des demandeurs d'asile dans un contexte picard de forte tension, d'autre part.

Christine JAFAFI
DRJSCS

Stratégie nationale des personnes sans abri ou mal logées, un an après...

Présentée en novembre 2009 par Benoist Apparu, secrétaire d'État en charge du logement et de l'urbanisme, la stratégie française de prise en charge des personnes sans abri ou mal logées prolongeait le Chantier national prioritaire pour l'hébergement et le logement (CNPHL). La stratégie nationale se décline autour de deux orientations : remettre l'usager au cœur du dispositif, lui proposer un véritable parcours personnalisé vers l'insertion et donner, chaque fois que possible, la priorité à l'accès à un logement autonome et pérenne. Elle s'est traduite dans un ensemble de mesures en concertation avec le secteur associatif et le monde HLM : *Les 20 propositions partagées*, et une trentaine de chantiers ont été engagés. Par exemple, l'objectif annuel d'au moins 25 % de sorties vers le logement des personnes hébergées a été fixé aux préfets. Au cours du premier semestre 2010, 12 000 personnes sont sorties d'hébergement vers un logement ordinaire ou adapté et 12 millions d'euros ont été fléchés pour financer des me-

sures individuelles d'accompagnement dans et vers le logement. Autre exemple : la création et l'animation par l'Armée de Salut avec le soutien de l'État d'un Conseil consultatif des personnes accueillies et accompagnées, signe de la volonté de mettre les usagers au cœur du dispositif. Dans un certain nombre de régions des instances similaires existent permettant, par exemple, d'associer des usagers à l'élaboration des PDAHI. Pour 2011, le budget consacré à la lutte contre l'exclusion augmentera de près de 8 % : 1 187 millions d'euros seront inscrits en loi de finance initiale. Enfin, la mobilisation inter-ministérielle va être renforcée. Elle a permis des avancées telles le lancement de l'expérimentation « *Un chez soi d'abord* ». Des représentants des ministères de la santé, de la justice, de la jeunesse, de l'immigration siègent désormais au comité de la refondation, présidé par le Délégué interministériel à l'hébergement et à l'accès au logement. Sur le terrain, un travail de collaboration va s'instaurer autour des

D'autres outils de planification viennent renforcer la dynamique en matière d'hébergement et de logement adapté

PDALPD

Les plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD) s'inscrivent dans le principe du droit à un logement décent affirmé par la loi Dalo, et dans l'objectif général de promouvoir l'insertion sociale par le logement. Le décret n°1688 du 29 novembre 2007, en définit les modalités d'élaboration. Le PDALPD est élaboré et mis en œuvre conjointement par le préfet et le président du conseil général, en collaboration avec les collectivités locales, les bailleurs sociaux, les caisses d'allocations familiales, les associations à vocation humanitaire et sociale. Il définit des objectifs à atteindre, les publics prioritaires ainsi que les mesures et actions à mettre en œuvre en vue de la mobilisation et du développement de l'offre de logement, de la prévention des expulsions locatives, de lutte contre l'habitat indigne et des mesures d'accompagnement pour le maintien ou l'accès au logement. Le PDAHI constitue un volet du PDALPD.

Pripi

En Picardie, le programme régional d'intégration des populations immigrées (Pripi) 2010-2012 intègre la dimension logement dans ses orientations en visant plusieurs objectifs : l'achèvement de la réhabilitation des cinq foyers de travailleurs migrants, des mesures pour favoriser l'accès au logement et le développement de l'observation pour mieux connaître les besoins en logement des primo-arrivants (cf. article p. 6).



SIAO avec les structures en charge de l'asile.

L'ARS de Picardie a installé les cinq conférences de territoire



Entre juin 2010, où elle a installé la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Picardie, et le mois d'octobre, où elle a mis en place les quatre commissions spécialisées de la CRSA (usagers, soins, médico-sociale et prévention), l'ARS de Picardie a, le 21 septembre 2010, arrêté les cinq territoires de santé de la région, périmètres géographiques de l'organisation des conférences de territoire. Deuxième organe de la démocratie de la santé en région, avec la CRSA, les cinq conférences de territoire sont chacune composées de cinquante membres désignés parmi les acteurs présents sur le territoire de santé et

issus des secteurs de la prévention, du soin et du médico-social. Cette diversité des acteurs et la transversalité de la composition de ces conférences sont leur signe distinctif vis-à-vis des anciennes conférences de santé installées sous l'égide des agences régionales de l'hospitalisation dans le cadre des Sros.

Ces premières réunions d'installation se sont tenues entre les 15 et 24 novembre. Elles ont marquées par une réelle implication de ses membres dont en témoignent les taux de participation (entre 74 % et 95 %) et ont permis l'élection des présidents de chaque conférence ainsi que de leurs vice-présidents (cf. tableau ci-dessous). Par ailleurs, outre le(la) président(e) et le vice-président, le Bureau a également été constitué, composé de quatre membres.

Dès leur première réunion, les membres de chaque conférence de territoire ont pu mesurer le rôle que la loi HPST leur a donné dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique régionale et territoriale de santé. En effet, M. Christophe Jacquinet, directeur général de l'ARS de Picardie, a présenté les attentes de l'agence vis-à-vis de chacune des conférences de territoire en tant que force de proposition de proximité : l'ARS de Picardie qui s'engage actuellement dans l'élaboration du plan stratégique régional de santé (PSRS) a ainsi invité chaque conférence à lui apporter ses éléments de réflexion tant sur le diagnostic des forces et faiblesses de son territoire que des orientations stratégiques nécessaires pour répondre au mieux aux besoins de la population du territoire.

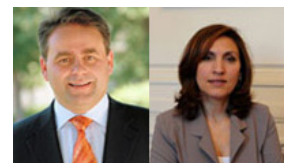
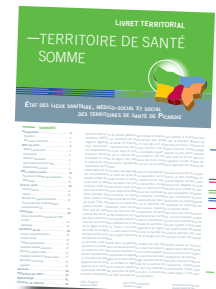
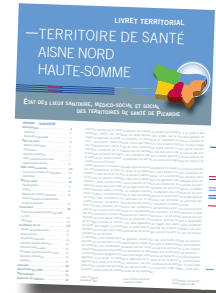
Pour ce faire, l'ARS de Picardie, avec le concours précieux de l'OR2S, a remis à chaque membre des conférences un premier outil leur permettant d'engager leurs réflexions : les états des lieux social, sanitaire et médico-social du territoire rassemblés dans un livret territorial (cf. couvertures ci-contre). Plus d'information sur les conférences de territoires et du Projet Régional de Santé sur le site internet de l'ARS : <http://www.ars.picardie.sante.fr>

Cécile DZIER

Responsable du département de la stratégie régionale de santé
ARS de Picardie

Les présidents et vice-présidents des conférences de territoire

Aisne Nord - Haute-Somme	Christian Huguet, maire-adjoint de Saint-Quentin (Pdt) Marc Lonnoy, directeur APEI de Saint-Quentin (V-pdt)
Aisne Sud	Louis Teyssier, directeur du centre hospitalier de Soissons (Pdt) Jean-Luc Wateau, président du CA Aisne Préventis (V-Pdt)
Oise Est	Brigitte Duval, directrice du centre hospitalier de Compiègne (Pdte) Guy Dandel, directeur général de l'association La nouvelle forge (V-Pdt)
Oise Ouest	Jean-Luc Hamiache, directeur général de l'association La compassion (Pdt) Éric Guilloteau, directeur de l'Esat ARNH de Beauvais (V-Pdt)
Somme	Pr Michel Slama, président de la CME du CHU d'Amiens (Pdt) Dominique Schaeffer, président de l'Adapei de la Somme (V-pdt)



Xavier Bertrand revient aux affaires

Xavier Bertrand, maire de Saint-Quentin (Aisne) depuis quelques semaines, est devenu le 14 novembre 2010 ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé dans le troisième gouvernement de François Fillon. Il avait déjà occupé de telles fonctions sous le gouvernement Villepin de 2005 à 2007.

Il sera secondé par Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé.

Roselyne Bachelot-Narquin prend pour sa part le portefeuille des solidarités et de la cohésion sociale. Le sport, rattaché pour un temps à la santé, redevient un ministère à part entière sous la conduite de Chantal Jouanno.

Insertion professionnelle des diplômés en travail social

Entretien avec Marie-Véronique Labasque, Dero-Creai/Irffe

Responsable du Département d'études, de recherches et d'observation au Creai de Picardie, et longtemps formatrice à l'Irffe, Marie-Véronique Labasque coordonne, depuis 2006, une enquête annuelle sur l'insertion professionnelle des diplômés en travail social à l'Irffe de Picardie. Les derniers résultats viennent de paraître.

Plateforme sanitaire et sociale : Pour quelles raisons avez-vous mis en place cette enquête annuelle ?

Marie-Véronique Labasque : L'objectif était de pouvoir produire des études transversales et longitudinales sur l'emploi et la qualification en intervention sociale en Picardie. Il s'agissait de participer à l'identification des évolutions du travail social en Picardie afin d'en dégager les nouveaux enjeux, les nouveaux besoins, les nouvelles formes de certification, les nouveaux accès à la formation tout au long de la vie, etc. De même, il y avait une réelle volonté du centre de formation de mieux connaître le devenir professionnel des personnes ayant effectué leur formation à l'institut régional de formation aux fonctions éducatives (Irffe).

Parallèlement, chaque année les résultats de cette enquête sont communiqués à nos principaux partenaires (le conseil régional de Picardie, la DRJSCS) ainsi qu'aux membres du comité de pilotage de la plateforme régionale de recherche en travail social, action sociale et intervention sociale. En effet, la réalisation de cette étude ainsi que celle intitulée « *Aux portes de l'Irffe. Qui sont les travailleurs sociaux de demain ?* » s'effectue dans le cadre de cette plateforme co-animée par le Creai de Picardie et le laboratoire de recherche Curapp de l'Université de Picardie Jules Verne.

PFSS : D'une manière générale, les métiers du travail social offrent-ils des débouchés professionnels satisfaisants ?

M.-V.L. : Les trois enquêtes réalisées portent sur les diplômés en 2006, 2007 et 2008. Le taux d'insertion professionnelle des répondants une année après l'obtention du diplôme ou du certificat y est stable, avoisinant les 90 %. Par ailleurs, cette enquête montre que l'insertion professionnelle s'effectue dans le secteur social et médico-social. Plus de la moitié des diplômés en 2008 ayant répondu

s'est vue proposer un contrat à durée indéterminée. Les diplômés habitent et exercent en Picardie.

PFSS : Le nombre de dispositifs enquêtés (9) reflète la diversité des formations proposées à l'Irffe. Observez-vous des différences d'insertion des jeunes diplômés selon les filières ?

M.-V.L. : Non. L'enquête révèle une certaine homogénéité, les anciens étudiants de l'Irffe trouvant facilement un emploi dans l'année suivant l'obtention de leur certification. Cependant, elle fait apparaître des différences concernant la durée de recherche d'emploi. Celle-ci est plus longue pour les titulaires du diplôme d'État d'assistant de service social et du certificat d'aptitude aux fonctions de moniteur éducateur.

PFSS : Mis à part les questions liées à la stabilité de l'emploi occupé, les nouveaux professionnels sont-ils satisfaits des postes auxquels ils accèdent ?

M.-V.L. : Pour une grande majorité, oui. Les deux tiers des personnes en emploi sont « tout à fait » satisfaites du type d'établissement au sein duquel elles travaillent et près des trois quarts sont « tout à fait satisfaites » d'exercer auprès des publics avec lesquels elles évoluent au quotidien.

Il est également intéressant de préciser que le Département recherches, études, observation (Dero) a réalisé une « extension » de cette enquête en interrogeant les personnes inscrites dans une démarche de validation des acquis de l'expérience. Après avoir été accompagnée par l'Irffe et obtenu leur certification en 2006 et 2007, une grande majorité a pu faire valoir son nouveau diplôme et bénéficier d'une requalification au sein de sa structure.

Méthodologie d'enquête

L'enquête est composée d'un questionnaire comprenant deux axes de réflexion concernant :

- les informations personnelles relatives à la personne diplômée (état civil, adresse, situation au premier juin de l'année suivant sa certification) ;
- les renseignements liés à l'insertion professionnelle, à la poursuite d'étude ou à la recherche d'emplois des diplômés de l'année.

Les rapports sont disponibles sur les sites internet Irffe et du Creai de Picardie, rubrique Dero (Département d'Etudes, de Recherches et d'Observation).





FOCUS

La loi du 15 juillet 1970 a rendu obligatoire la délivrance de certificats de santé lors des trois examens médicaux des enfants : l'examen préventif obligatoire effectué dans les huit jours suivant toute naissance, ainsi que les examens effectués au cours des neuvième et vingt-quatrième mois, considérés comme moments clés dans le développement de l'enfant.

Avec les équipes de PMI des conseils généraux de la région, l'OR2S a analysé ces données, parallèlement aux exploitations statistiques de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, réalisées à partir d'informations administratives (professions des parents, âge de la mère, etc.) et médicales (poids, taille, âge gestationnel, césarienne, pathologies, couverture vaccinale, etc.).

Les certificats permettent aussi la mise en œuvre de programmes de santé publique, à l'initiative des départements et de leurs partenaires.

La loi prévoit que le troisième examen obligatoire soit réalisé au cours du 24^e mois, stade du passage du nourrisson à la petite enfance. Les données restent cependant lacunaires et le taux de non-retour vers la PMI est important.

La délivrance de certificats de santé est obligatoire au cours des examens du 8^e jour, des 9^e et 24^e mois. Ces certificats sont renseignés par les médecins examinant les nouveau-nés et nourrissons au cours des examens obligatoires. Les certificats sont ensuite envoyés aux médecins responsables de PMI dans chaque département. Pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2004, l'envoi de la copie du certificat à la caisse d'allocations familiales (Caf) ou à la mutualité sociale agricole (MSA) conditionnait l'obtention de certaines prestations sociales par ces organismes. Cette condition a été abrogée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004⁽¹⁾.

La loi prévoit que le troisième examen obligatoire soit réalisé au cours du 24^e mois, c'est-à-dire au moment du passage du nourrisson à la petite enfance. Cet examen renseigne notamment sur la croissance, les antécédents, les affections actuelles, les étapes du développement psychomoteur et intellectuel, l'examen physique et sensoriel, et l'état vaccinal de l'enfant. À l'échelle régionale, les données recueillies restent lacunaires et le taux de non retour de ces certificats vers les services de PMI sont préoccupants. Ainsi, depuis que le versement de prestations de la part de la Caf ou de la MSA n'est plus conditionné par la présentation de ce certificat, une diminution progressive du recueil des certificats par les conseils généraux est constatée. Ces certificats sont en principe envoyés par les médecins réalisant l'examen mais, en pratique, ce sont les parents qui effectuent cette démarche. Il n'est pas possible de connaître le nombre d'examen du 24^e mois réalisés, certains parents n'envoyant probablement pas ce certificat. La proportion de certificats non reçus par les services de PMI diminue la qualité de l'information recueillie dès lors que ces données sont agrégées.

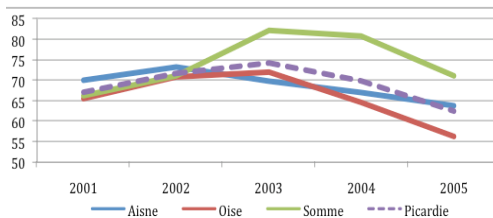
Même si le taux de retour du certificat du 24^e mois est peu élevé et biaise ainsi les estimations, celui-ci reste l'un des meilleurs outils pour estimer la couverture vaccinale des nourrissons à l'âge de 24 mois. Il permet en effet une analyse à la fois dans le temps et dans l'espace jusqu'à l'échelle de la commune. Les données des certificats du 24^e mois des enfants nés de 2001 à 2006 sont actuellement disponibles. À partir des données de population de l'Insee, le taux de retour des certificats par département et par année peut être estimé

(figure 1). Ce taux est en diminution pour les enfants nés à partir de 2004. Le taux de retour en 2007 (pour les enfants nés en 2005) est de 62,5 %. Ce taux varie entre les départements, avec près d'un certificat sur deux qui n'est pas renvoyé dans l'Oise, près de trois sur dix dans la Somme et plus d'un sur trois dans l'Aisne.

Un taux de retour de 62,5 % en Picardie en 2007

L'estimation des taux de couverture vaccinale à partir des certificats de santé du 24^e mois pose plusieurs problèmes méthodologiques. D'une part, les recommandations en matière de pratiques vaccinales sont en constante évolution afin de s'adapter aux dernières données de protection face aux infections. Tous les ans,

Figure 1
Estimation du taux de retour des certificats du 24^e mois par département et par année de naissance



Sources : Conseils généraux de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme

l'Institut de veille sanitaire (InVS) publie dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* le calendrier vaccinal annuel. Ainsi, la vaccination contre le pneumocoque qui n'était indiquée que dans certains cas particuliers jusqu'en 2004, s'est généralisée à l'ensemble des nourrissons en 2005. Le schéma vaccinal du ROR (rougeole, oreillon, rubéole) est raccourci en 2005, la dose de rattrapage de ce vaccin trivalent étant désormais indiquée entre le 13^e et le 24^e mois. Estimer le taux de couverture vaccinal nécessite de disposer d'outils adaptés, mais les certificats remplis au cours du 24^e mois sont imprimés et insérés dans les carnets de santé deux ans avant qu'ils ne soient renseignés. Cela freine les possibilités d'adaptation aux dernières évolutions du calendrier vaccinal.

Par ailleurs, les dispositifs de réponse sur le certificat évoluent d'année en année ce qui peut poser des problèmes de suivi des variables d'une année sur l'autre. Ainsi, sur les certificats de

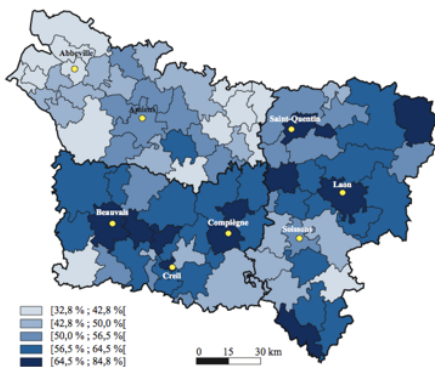
santé les plus récents, les vaccins Diphtérie-Tétanos sont désormais agrégés avec le vaccin Poliomyélite. De la même façon, les trois valences du ROR qui étaient jusqu'alors individualisées ont été agrégées. Ces adaptations traduisent non seulement une évolution des recommandations mais aussi des disponibilités des vaccins multivalents utilisés par les professionnels de santé. Enfin, les informations rapportées sur le certificat de santé sont parfois difficiles à interpréter. Pour certains vaccins, il n'est pas possible de différencier la réponse négative de l'absence de réponse (figure 2). Lorsque plusieurs doses d'un même vaccin sont nécessaires, il est fréquent que les professionnels de santé ne cochent que la case correspondant à la dernière dose. Les réponses mentionnées sur le certificat sont ainsi le plus souvent lacunaires. Afin de permettre une estimation, les vaccins pour lesquels aucune des cases n'était cochée (cas notamment du ROR et du BCG) ont été considérés comme non réalisés. Pour les vaccins Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Hépatite virale B, Pneumocoque, lorsque le médecin a mentionné que la nième dose avait été administrée, il a été considéré que les doses précédentes avaient également été administrées. C'est cette même méthode d'interprétation des données qui a été utilisée par l'InVS⁽²⁾ pour son *Estimation des couvertures vaccinales à 24 mois à partir des certificats de santé*.

L'analyse des données doit rester extrêmement prudente en raison du biais constitué par les certificats non retournés. Les certificats dont disposent les services de PMI ne concernent en effet que les nourrissons qui ont effectivement consulté un médecin. En tenant compte de ces précautions, les cartes cantonales indiquant les taux de couverture vaccinale laissent apparaître

Figure 2
Extrait du certificat de santé du 24^e mois

PARTIE MÉDICALE					
Vaccinations		Indiquer une réponse affirmative en cochant la case correspondante			
	DT Polio	Coq.	H. Infl.	Hep. Virale B	Pneumo coque
1 ^{re} dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rappel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROR	1 dose <input type="checkbox"/>	2 doses <input type="checkbox"/>			
BCG fait	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>			
Il existe une recommandation de vaccination antituberculeuse					
Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>					
Autres vaccins, (précisez) :					

Figure 3
Taux de couverture vaccinale à 24 mois contre le virus de l'hépatite B des enfants nés en 2006



Sources : Conseils généraux de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme

d'importantes disparités géographiques. Ainsi, la proportion de nourrissons ayant reçu au moins trois doses du vaccin contre le virus de l'hépatite B est variable selon les trois départements (figure 3). Le taux de vaccination est de 61,7 % et 60,2 % respectivement dans l'Oise et dans l'Aisne, pour seulement 47,7 % dans la Somme. Cette variabilité est peut-être liée au meilleur taux de retour des certificats dans ce dernier département. Ces données illustrent probablement la politique incitative du conseil général de l'Aisne concernant la vaccination contre le virus de l'hépatite B. Depuis 2003 et jusqu'à ce qu'il soit pris en charge par l'Assurance maladie en avril 2008, les services de PMI ont en effet été dotés de doses de vaccin hexavalent (DTPolio, Coqueluche, Hib, Hépatite B), ce qui a favorisé la vaccination des nourrissons en diminuant par trois le nombre d'injections vaccinales.

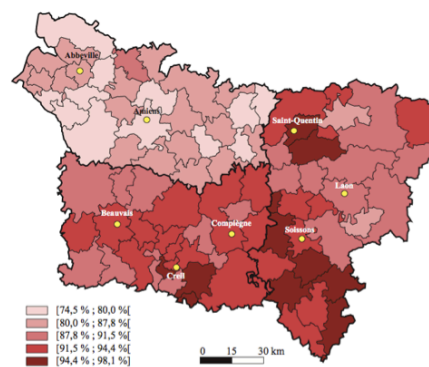
Concernant le taux de couverture vaccinale ROR (rougeole, oreillon, rubéole), une disparité interdépartementale selon un gradient nord-sud est constatée (figure 4). Ainsi, d'après les certificats des enfants nés en 2006, ce sont 92,9 % des nourrissons de l'Oise, 92,8 % de l'Aisne, et 79,9 % de la Somme qui ont reçu au moins une dose du vaccin ROR. Mais seulement 27,7 % des enfants de l'Oise, 23,5 % de ceux de la Somme et 21,2 % de ceux de l'Aisne ont reçu les deux doses recommandées pour ce vaccin.

Références

1. Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la Sécurité sociale pour 2004. JO. NOR: SANX0300139L

2. Fonteneau L., Guthmann J.-P., Lévy-Bruhl D., *Estimations des couvertures vaccinales à 24 mois à partir des certificats de santé du 24^e mois - 2004-2007*, Institut de veille sanitaire, août 2010, 30 p. Disponible sur : www.invs.sante.fr

Figure 4
Pourcentage d'enfants nés en 2006 ayant reçu au moins une dose du vaccin ROR à 24 mois



Les certificats de santé du 24^e mois restent donc, malgré quelques difficultés méthodologiques, l'un des meilleurs moyens pour suivre dans le temps et dans l'espace les couvertures vaccinales des nourrissons. Conditionner l'obtention de certaines prestations sociales à la réalisation d'un examen préventif et à la délivrance de ce certificat, permettrait un meilleur taux de retour et un meilleur suivi de ces indicateurs. Cela n'est plus le cas pour les enfants nés à partir de l'année 2004.

D^r Florent VERFAILLIE
OR2S Picardie

D^r Dominique BAROT
Médecin de santé publique, cadre technique chargé de la prévention en faveur des jeunes enfants, service protection maternelle et infantile, conseil général de la Somme

D^r Annabelle LEROY-DEROME
Médecin épidémiologiste, Pôle PMI et action de santé, direction de l'enfance et des familles, conseil général de l'Oise

D^r Jacqueline SMULEVICI
Médecin chef du service protection maternelle et infantile, conseil général de l'Aisne

D^r Brigitte WATTELET
Médecin départemental de protection maternelle et infantile, conseil général de l'Oise

Les certificats du 8^e jour



L'analyse du certificat de santé du 8^e jour, transmis par les professionnels de santé de maternité aux services de PMI des conseils généraux, permet de dresser un premier état des lieux de la physionomie socio-sanitaire de la région. Le taux de couverture des certificats est de 97,5 % des naissances picardes (25 268 naissances en 2008).

Si la majorité des femmes accouche dans leur département de résidence (84,6 %), les autres le font essentiellement dans les départements limitrophes de celui de leur résidence, y compris dans les deux autres départements picards. Au total, 11 % des femmes accouchent hors Picardie, taux stable depuis 2003.

L'âge moyen des mères à la naissance de leur enfant est de 28,7 ans, l'âge moyen au premier enfant est de 26,3 ans. Des disparités infra-régionales existent : les âges moyens sont plus faibles dans l'Aisne (28,1 ans et 25,7 ans) et plus élevées dans l'Oise (29,1 ans et 26,8 ans). En 2008, 222 femmes de moins de 18 ans ont accouché, soit 0,9 % des naissances ; cette proportion est plus forte dans l'Aisne (1,2 %) que dans l'Oise (0,7 %). De plus, 277 mères ont accouché alors qu'elles avaient juste 18 ans. À l'opposé, 6,3 % des enfants ont été mis au monde par une mère âgée de 37 ans ou plus, proportion plus élevée dans l'Oise (7,0 %) que dans la Somme (5,6 %).

Concernant l'accouchement, un enfant sur cinq est né par césarienne en 2008 (19,1 %), en progression de 2,7 points depuis 2003. Cette même année, 6,7 % des enfants sont nés avant trente-sept semaines d'aménorrhée de leur mère (Aisne : 8,1 % ; Somme : 5,5 %). En 2008, 6,9 % des enfants ont un poids inférieur à 2 500 g à la naissance. Près de 1 700 enfants ont été transférés après la naissance (soit 6,8 %) avec 95,1 % des transferts qui ont eu lieu dans leur département de naissance. Ils sont 48,8 % à être nés prématurément et 48,6 % sont des enfants de poids inférieur à 2 500 g. Enfin, 3,4 % des enfants ont dû être réanimés ou ont reçu des gestes techniques spécialisés. Par ailleurs, près de la moitié des nouveau-nés est allaitée à la sortie de la maternité. Les différences inter-départementales sont importantes entre l'Oise (50,5 % des nouveau-nés sont allaités) et l'Aisne (40,6 %). Cependant, ce taux varie selon les cantons du simple (Guisse, 27,3 %) au double (Creil-Senlis, 60,7 %). D'une manière générale, l'allaitement est surtout pratiqué dans toute la frange sud de la région.

L'action de santé publique des services de PMI par les certificats de santé

Les certificats de santé sont aussi des outils de santé publique dont se servent les services de PMI des conseils généraux des trois départements picards.

Les certificats de santé : bénéfice individuel, intérêt collectif

Dans le cadre des examens systématiques prévus par l'ordonnance de 1945, la loi de juillet 1970 rend obligatoire la délivrance du certificat de santé. Son premier objectif était le dépistage et la surveillance des nouveau-nés et des enfants malades ou présentant des signes pouvant compromettre leur développement ultérieur. Cet objectif reste toujours d'actualité mais le pourcentage d'enfants qui ne bénéficient pas des examens préventifs réguliers obligatoires prévus par la loi ne cesse d'augmenter. Pourtant, ces consultations préventives sont indispensables pour informer les parents, examiner les enfants et dépister précocement d'éventuels problèmes de santé. L'importance de ces consultations de prévention à des âges clés est régulièrement soulignée comme élément central des politiques de prévention en faveur des enfants. La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance vient encore de le rappeler.

Le deuxième objectif était de disposer d'indicateurs fiables. Le développement de l'informatique permet d'utiliser les certificats de santé comme outils de santé publique afin d'accroître la connaissance de l'état de santé des jeunes enfants, d'orienter les actions et d'améliorer l'accompagnement des familles. Les services de PMI transmettent tous les ans des statistiques à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees, ministère de la Santé). La loi relative à la politique de santé publique d'août 2004 prévoit à partir de 2005 la transmission de données pour constituer un échantillon de l'ensemble des variables des certificats permettant de réaliser des statistiques agrégées plus complètes. Les certificats de santé vont constituer un des piliers du futur système de santé en périnatalité.

En janvier 2006, un nouveau carnet de santé a été mis en circulation par le ministère de la Santé, enrichi de nouvelles rubriques. Par exemple, un item permet de renseigner si l'enfant a bénéficié d'un dépistage auditif et d'en écrire le résultat. Mais ce changement a aussi permis une actualisation du recueil autour des vaccinations en lien avec les nouvelles recommandations du Haut Conseil de la santé publique.

Les certificats de santé : un outil pour la prévention dans les trois départements

Quelques exemples d'actions développées et évaluées à partir des certificats de santé dans les trois départements sont à mentionner :

- les campagnes en faveur de la vaccination ROR ;
- les réseaux de soutien de l'allaitement maternel ;
- la prévention des grossesses adolescentes ;
- la campagne « Bien naître en Somme ».

La dématérialisation du certificat du huitième jour : une expérimentation régionale

Le projet de dématérialisation des données des certificats de santé est en cours en Picardie, pilotée par l'agence régionale de santé (ARS), confirmant l'intérêt des pouvoirs publics pour les certificats de santé. Ce programme a été lancé par la Direction générale de la santé (DGS) fin 2008 sur certaines régions pilotes.

Cette évolution a pour but de diminuer les délais de transmission qui sont de l'ordre de plusieurs semaines avec le circuit papier actuel. Le certificat du huitième jour pourra alors retrouver son rôle de transmission d'informations médicales précoces au service PMI et les documents dits de « liaison » n'auront plus lieu d'exister. Les données du certificat seront également plus fiables, évitant une double saisie et améliorant ainsi leur exhaustivité et leur qualité.

Il est prévu que les maternités transmettent les certificats du huitième jour informatiquement sur une plateforme nationale à partir de leur dossier médical informatisé ou par saisie directe sur un logiciel prévu à cet effet. Les services de PMI viendront alors récupérer ces données sur cette plateforme nationale en fonction de l'adresse du domicile de l'enfant. Cette plateforme assurera de façon sécurisée une transmission de données médicales.

Il y a dans la région dix-huit maternités dont cinq dans la Somme, six dans l'Aisne et sept dans l'Oise. Pour le moment, deux maternités (CHU d'Amiens et CH de Compiègne) se préparent à mettre en place cette dématérialisation.

Des études régionales coordonnées par l'ORS puis l'OR2S

Le numéro 7 du *Croisement d'informations régionalisées* présente pour la première fois l'analyse par canton d'indicateurs issus des certificats de santé pour l'ensemble de la Picardie. En complément, un bulletin montre les évolutions de ces indicateurs au cours des années 2000-2003 dans les trois départements picards. Ce travail a été réalisé en construisant une base de données de près de 100 000 certificats de la première semaine et 38 000 certificats du vingt-quatrième mois.

À la demande de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Picardie (Drass), l'observatoire régional de la santé et du social (OR2S) a renouvelé ce travail. Il permet de regarder les évolutions des indicateurs de santé infantile au cours de ces dernières années ainsi que les inégalités de santé dans les trois départements picards.



À télécharger sur <http://www.or2s.fr/Portals/0/Autres%20sanitaire/certificat%20sante.pdf>



À télécharger sur [http://www.or2s.fr/Portals/0/BJ/Bulletin%2013%20\(2\).pdf](http://www.or2s.fr/Portals/0/BJ/Bulletin%2013%20(2).pdf)



Une expérimentation
Le ministère chargé de la santé mène un projet expérimental de transmission dématérialisée du premier certificat de santé sur plusieurs sites volontaires*

Les certificats de santé

- un suivi individuel par le service départemental de Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- un suivi épidémiologique sur les données anonymisées**

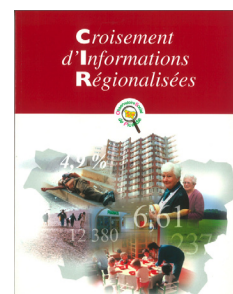
La dématérialisation, pourquoi ?

Pour améliorer la qualité et l'exhaustivité des données, ainsi que les délais de transmission

La dématérialisation, comment ?

Cette expérimentation est conçue autour d'une plate-forme d'échanges assurant de manière sécurisée la conversion des formats et le routage des certificats

Pour en savoir plus consultez le site du ministère www.sante.gouv.fr
«Les dossiers de la Santé de A à Z»
Carnet et certificats de santé de l'enfant



À télécharger sur <http://www.or2s.fr/Portals/0/CIR/CIR/annexe%20>

Estimations des couvertures vaccinales à 24 mois

L'objectif de ce travail réalisé par l'InVS est d'estimer la couverture vaccinale des enfants à 24 mois en 2004, 2005, 2006 et 2007 à partir des fichiers de données individuelles.



L'Institut de veille sanitaire (InVS) a réalisé une estimation de la couverture vaccinale pour plusieurs maladies à partir des certificats de santé du 24^e mois. L'estimation a porté sur les années 2004 à 2007.

D'un point de vue méthodologique, 2004 est l'année du changement de dispositif de remontée de données par les conseils généraux, passant d'une remontée des données agrégées à une remontée des données individuelles. Un des objectifs secondaires de l'analyse faite par l'InVS a été de comparer les deux méthodes de recueil et d'en évaluer l'impact sur les estimations.

En 2004, les deux méthodes de recueil ont été utilisées, et les estimations obtenues cette année-là selon les deux méthodes sont dans l'ensemble cohérentes.

Les auteurs du rapport notent cependant une première différence dans le nombre de dé-

partements participants : en 2004, quarante-huit départements avaient envoyé leurs données agrégées. Selon les années, soixante-quatre à soixante-quatorze départements ont envoyé leurs données individuelles, ce qui représente de 26 % à 36 % des naissances.

Du point de vue des résultats, les couvertures vaccinales des diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche et *Haemophilus influenzae b* (Hib) sont stables entre 2004 et 2007 (environ 90 % pour trois doses plus un rappel). Les couvertures rougeole, rubéole et oreillons (RRO) et hépatite B augmentent. Elles s'établissent à 90 % pour la couverture RRO et à 42 % pour la couverture hépatite B en 2007. La couverture BCG a diminué pour atteindre 78,2 % la même année. Les mêmes tendances s'observent au niveau des départements, toutefois, une différence de 5,5 points est constatée entre les niveaux national et départemental pour l'hépatite B. Les auteurs estiment qu'une

partie de cette différence s'explique par la confusion dans le décompte des doses et sur la notion de rappel. Selon les départements, les couvertures RRO et hépatite B sont très hétérogènes.

D'une manière générale, les trois départements picards sont dans la moyenne nationale pour l'ensemble des vaccinations. Les évolutions entre 2004 et 2007 ont pu être calculées pour les départements de l'Oise et de la Somme, les données 2004 et 2005 étant manquantes pour l'Aisne. Une progression de la vaccination est constatée, sauf pour les oreillons dans l'Oise (-7,2 %) mais surtout dans la Somme (-15,4 %). La plus forte progression est dans l'Oise pour l'hépatite B (13,7 %).

Couvertures vaccinales (en %) – Certificat de santé du 24^e mois. InVS 2010
[2004 (données individuelles et agrégées), 2005, 2006 et 2007]

	Données agrégées 2004 (%)	Données individuelles 2004 (%)	Données individuelles 2005 (%)	Données individuelles 2006 (%)	Données individuelles 2007 (%)
Diphtérie-tétanos (3 doses)	98,0	98,5	98,5	98,8	98,8
Diphtérie-tétanos (rappel)	90,0	89,3	89,4	90,8	91,5
Poliomyélite (3 doses)	98,0	98,5	98,4	98,7	98,6
Poliomyélite (rappel)	90,0	89,1	89,2	90,5	91,2
Coqueluche (3 doses)	97,6	98,2	98,2	98,5	98,4
<i>Haemophilus Influenza b</i> (3 doses)	-	96,6	96,6	97,1	96,7
<i>Haemophilus Influenza b</i> (rappel)	-	87,2	87,5	88,7	88,9
Hépatite B (3 doses)	29,0	34,5	35,1	39,3	41,9
Rougeole	87,0	87,5	87,2	89,4	90,1
Rubéole	86,8	87,2	87,0	89,1	89,5
Oreillons	86,8	87,3	87,0	89,2	89,7
BCG	84,1	85,1	81,2	83,3	78,2

Source : InVS



Droits de l'enfant en Europe

La direction de la Justice de la Commission européenne a diligenté une étude qualitative sur les droits de l'enfant. Les résultats de 170 *focus groups* formés de 1 445 jeunes de 15 à 17 ans ont été analysés et viennent d'être publiés.

L'étude s'est aussi attachée à décrire l'environnement dans lequel vivent ces adolescents.

Leurs parents, leur famille, les amis et les éducateurs sportifs ou d'activité de loisirs sont vus comme exerçant une influence positive sur leur vie. Ils sont plus ambivalents sur les rôles de leurs enseignants, sur la loi, la police et pensent que les médias ont un rôle à la fois positif mais aussi négatif.

Concernant les droits, les jeunes estiment que les premiers d'entre eux sont ceux « d'être un enfant », « d'étudier » et « de participer » à la vie de la cité. Ils demandent aussi plus d'information sur les droits des enfants à l'école et davantage d'information pour leurs parents sur l'alcool ou les drogues. Enfin, ils souhaitent un service social développé pour venir en aide aux plus fragiles d'entre eux et que leurs parents soient conscients de l'importance du temps qu'ils passent avec eux.

L'Europe des Roms

Le 7 septembre 2010, le Parlement européen a pris une résolution



sur la situation des Roms et la libre circulation des personnes en Europe. Le Parlement, ému des dispositions prises par certains États membres, a voulu réaffirmer par ce texte la caractère ouvert et inclusif de l'Union et l'interdiction de toutes les formes de discrimination. Le Parlement européen a aussi voulu rappeler que les 10 à 12 millions de Roms européens continuent de subir des discriminations systématiques graves, en matière d'éducation, de logement, d'emploi, d'égalité d'accès aux systèmes de santé et à d'autres services publics. Il réclame aussi la mise en œuvre effective de politiques orientées vers les femmes roms, qui sont victimes d'une double discrimination : en tant que Roms et en tant que femmes.

Réunion du groupe d'experts sur les déterminants sociaux et les inégalités de santé

Les présentations et conclusions d'un groupe d'experts de l'Union européenne à Luxembourg en octobre dernier sont disponibles. Les directions générales *De la santé et des consommateurs* et *Emploi, affaires sociales et égalité des chances*, ainsi que l'OMS région Europe ont présenté leurs priorités puis des expériences régionales ont été discutées : Regio, Hongrie, Flandres, Belgique, Suède.

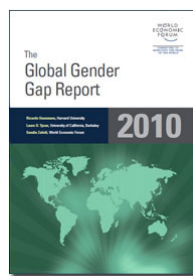
Téléchargeables sur http://ec.europa.eu/health/social_determinants/events/ev_101012_en.htm

Égalité au nord de l'Europe

Le *Global Gender Gap Report 2010* montre que les pays nordiques (Islande, Norvège, Finlande et Suède), sont, dans cet ordre, les pays où l'égalité hommes-femmes est la plus forte.

La France se classe au quarante-sixième rang, sachant que le nombre de femmes occupant un poste ministériel a baissé depuis les douze derniers mois. Le Lesotho ou les Philippines sont dans le top dix des pays les plus égalitaires hommes-femmes.

Télécharger sur : <http://www.weforum.org/pdf/gendergap/report2010.pdf>



Un projet Paneuropéen pour le XXI^e siècle

En coopération avec la prochaine présidence turque du Comité des Ministres (novembre 2010-mai 2011), Thorbjørn Jagland, secrétaire général du Comité de l'Europe, a proposé la constitution d'un Groupe d'éminentes personnalités afin de préparer un rapport intitulé *Vivre ensemble au 21^e siècle – Le projet paneuropéen*.

Cette volonté s'appuie sur le constat de la détérioration des liens sociaux, de la radicalisation et des clivages qui s'accroissent entre les différentes communautés au sein du continent européen. Le Groupe d'éminentes personnalités aidera le Conseil de l'Europe, garant de la Convention européenne des droits de l'homme, à faire face aux nouveaux défis pour la sécurité et la stabilité des citoyens européens.

Nouvelle mandature pour le Comité économique et social européen (Cese, 2010-2015)

Staffan Nilsson, nouveau président du Comité économique et social européen (Cese) a été élu par les 344 membres du Comité en octobre dernier pour un mandat de deux ans et demi.



Anna Maria Darmanin (Malte) a été élue vice-présidente pour la communication et Jacek Krawczyk (Pologne), vice-président pour le budget.

Établi en 1957 par les traités de Rome, le Comité économique et social européen (Cese) est composé de représentants des groupes d'intérêt socio-économiques nommés par les gouvernements nationaux pour un mandat de cinq ans. Il émet des avis sur les questions européennes de son champ de compétence à destination du Parlement européen, de la Commission européenne et du Conseil des ministres. Le traité de Lisbonne a considérablement élargi l'éventail des thèmes sur lesquels il doit être consulté.

Les principaux thèmes sur lesquels travaille le Cese sont l'agriculture et l'environnement, les consommateurs, l'économie, l'énergie et les transports, les entreprises et l'industrie, l'Europe 2020 (Stratégie de Lisbonne), les politiques sociales dont la santé publique, la réforme institutionnelle...

Pauvreté en France

L'enquête Revenus fiscaux et sociaux de l'Insee montre que le niveau de vie médian s'élève en 2008 à 19 000 euros annuels en France métropolitaine (+ 1,7 % en un an). Les 10 % des personnes les plus modestes ont un niveau de vie annuel inférieur à 10 520 euros, les 10 % les plus aisées ont au moins 35 550 euros annuels. 13 % de la population des ménages vit en dessous du seuil de pauvreté en 2008. Ce seuil, établi en France à 60 % du niveau de vie médian de la population (1 580 euros par mois), est de 950 euros par mois.

La pauvreté touche 30 % des familles monoparentales. Ces familles sont celles dont le niveau de vie médian est le plus faible. La moitié des personnes pauvres vivant au sein d'une famille monoparentale a un niveau de vie inférieur à 760 euros par mois.

En 2008, la moitié des personnes dispose d'un niveau de vie annuel inférieur à 18 990 euros.

Insee première, n° 1311, septembre 2010

Téléchargeable sur : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1311/ip1311.pdf>

Agence exécutive pour la santé et les consommateurs (AESC)



Créée en 2008, l'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs assiste la direction générale de la santé et des consommateurs (DG Sanco) de la Commission.

L'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs, instituée en juin 2008, fait suite à l'Agence exécutive pour la santé publique, créée en janvier 2005. Elle soutient la mise en œuvre du programme de santé publique de l'Union européenne, la gestion des programmes et des mesures communautaires dans les domaines de la santé, de la politique des consommateurs et de la formation en matière de sécurité alimentaire.

Les tâches détaillées de l'Agence sont définies par décision de délégation de la Commission. Ses missions générales sont de :

- gérer et contrôler les cycles de projets ;
- adopter les actes d'exécution budgétaire et mettre en œuvre les programmes et les mesures ;
- fournir des analyses pour assister la Commission dans l'évaluation des programmes et des mesures.

En 2008, le mandat de l'Agence a été prolongé jusqu'en décembre 2015, et ses missions ont été étendues aux domaines de la protection des consommateurs et de la formation pour une alimentation plus saine. Son nouveau mandat inclut la mise en œuvre du programme de santé, du programme relatif à la politique

des consommateurs et de l'initiative en faveur d'une meilleure formation pour des aliments plus sains de l'Union européenne.

L'Agence est chargée de la mise en œuvre des programmes d'action communautaire dans le domaine de la santé 2008-2013, du programme d'action communautaire dans le domaine de la politique des consommateurs pour 2007-2013 et des mesures de formation en matière de sécurité alimentaire, concernant la législation sur les denrées alimentaires, les aliments pour animaux, la santé et le bien-être des animaux, ainsi que la réglementation phytosanitaire.

L'Agence est en relation avec quelque 2 200 bénéficiaires participant à plus de 200 projets dans le domaine de la santé et dispose d'un effectif de 40 personnes basées à Luxembourg.

L'Agence gère près de trois cents programmes financés par l'Union européenne, concernant près de trois mille organisations - gouvernements et agences gouvernementales, universités, associations mais aussi organisations privées. Les projets peuvent être regroupés en trois catégories : sécurité sanitaire, information en santé et déterminants de santé

- promotion de la santé. Ce dernier groupe est le plus fourni avec des projets portant sur les primo-consommateurs de drogue, des études sur la qualité de l'air, intérieur et extérieur, ou la promotion de l'activité physique, sur des populations aussi diverses que les enfants, les jeunes, les adultes, les personnes âgées, mais aussi les minorités et les populations migrantes. Ils doivent mettre en exergue une plus-value européenne, comme diffuser dans les différents pays du continent de l'information, des expériences et des ressources.

Une base de données accessible par internet à partir du site de l'Agence permet d'avoir un aperçu sur les quatre-cent-cinquante programmes d'action ou conférences financés depuis 2000 et s'étendant sur les périodes 2000-2008 et 2008-2013. Cinquante-sept projets sont portés par des organismes français, dont I2SARE (Fnors). La base fournit une synthèse du programme, les coordonnées de l'organisme porteur et de la personne référente et des organismes partie prenante. Elle permet aussi le téléchargement de tous les documents relatifs à l'action.

La base de données accessible par le site de l'Agence

<http://ec.europa.eu/eahc/projects/database.html>

I2SARE, programme porté par la Fnors qui implique 27 États membres

Grant Search

Search Full match

Launch search Reset

Search in: Project Title, Project Acronym, Project Abstracts, Country [FR]

Additional filters (click here)

List of grants

To view details double click on a row or click on this text

Tool	Year	Title	Acro.	Country	Fin. Contrib	Strand
PRC	2007	A reference network for Langerhans cell histiocytosis and associated syndrome in EU	EURO-HISTIO-NET 2	FR	209314	Health Informati
PRC	2007	Assess the effectiveness of smoking cessation services in Europe - availability, criteria	AESCS	FR	149174	Health Determin
PRC	2007	AVERROES Network - Improving access to health care for asylum seekers and undoc	AVERROES	FR	749988	Health Determin
PRC	2007	Better Statistics for Better Health for Pregnant Women and Their Babies: European He	EURO-PERISTAT III	FR	149987	Health Informati
PRC	2007	Democracy, Cities & Drugs II	DC&D II	FR	900000	Health Determin
PRC	2007	EPODE EUROPEAN NETWORK	EEN	FR	700000	Health Determin
PRC	2007	European Union Network for Patient Safety	EUNetPaS	FR	1468869	Health Informati
PRC	2007	Improving Health Care and Social Support for Patients and Family affected by Severe	TAG	FR	479790	Health Informati
PRC	2007	Improving Knowledge and Communication for Decision Making on Air Pollution and He	APHEKOM	FR	800000	Health Informati
PRC	2007	Indicateurs d'inégalités de santé dans les régions d'Europe; Health inequalities indicat	I2SARE	FR	620000	Health Informati

Page 2 of 6

Displaying records 11 - 20 of 57



Esener : les risques en entreprise

L'enquête paneuropéenne sur les risques nouveaux et émergents (*European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks -Esener*) a mesuré les risques en entreprises en faisant un point particulier sur les nouveaux risques que sont les « risques psychosociaux », comme le stress au travail, les violences et harcèlements. Le

rapport présente les premiers résultats de l'enquête conduite auprès de 28 649 dirigeants et 7 226 délégués à la santé dans trente-et-un pays.

Les accidents sont signalés comme étant la principale préoccupation des dirigeants européens (pour 80 %, elle est importante ou faible), puis viennent le stress lié au travail (79 %) et les troubles musculo-squelettiques (78 %). Violence (ou menace de violence), brimades et harcèlement apparaissent comme une préoccupation importante ou relative pour près de 40 % des répondants, les pourcentages les plus élevés correspondant aux deux secteurs du travail sanitaire et social et de l'éducation.

<http://osha.europa.eu/fr/riskobservatory/entreprise-survey/documents>

Rapport sur la santé en Europe

Ce rapport de l'OMS région Europe présente les réformes entreprises par les pays afin de renforcer la performance de quatre fonctions fondamentales des systèmes de santé : la prestation de services, l'obtention de ressources, le financement et la fonction de direction.



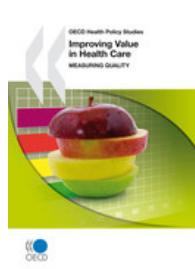
Il passe en revue les tendances observées dans les indicateurs de santé publique au cours de ces quatre dernières années. Il présente des informations essentielles de santé publique afin d'aider les pays à opter pour des investissements judicieux.

Il doit encourager la mise en œuvre efficace de réformes et de politiques dans le domaine des systèmes de santé, et contribuer à l'amélioration de la performance des systèmes de santé nationaux de manière à dispenser des soins efficaces, axés sur les patients et de haute qualité. L'annexe reprend certaines des données utilisées dans l'analyse.

L'obésité et l'économie de la prévention : objectif santé

Cet ouvrage de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) étudie les multiples aspects de l'obésité. Il examine l'étendue et les caractéristiques de l'épidémie, les rôles et influences respectifs des forces du marché et des pouvoirs publics, et l'impact des interventions. Une approche économique de la prévention des maladies chroniques est décrite, qui ouvre de nouvelles pistes par rapport à une approche plus traditionnelle de la santé publique.

Les analyses ont été réalisées par l'OCDE, pour partie en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé. Les principaux chapitres sont complétés par des contributions spéciales d'experts de la santé et de l'obésité comme Marc Suhrcke, Tim Lobstein, Donald Kenkel et Francesco Branca.



Bilan social européen 2009

Ce *Bilan social de l'Union européenne 2009* analyse le modèle social européen, notamment dans sa capacité à contrer la crise économique de 2009. Il compare ce modèle avec celui des États-Unis, et s'interroge sur le rôle de l'UE dans la gouvernance multilatérale en matière financière (notamment au G20), ainsi qu'au sein d'organisations internationales (telles que l'Organisation internationale du travail -OIT-). Enfin, il s'attache à analyser l'impact très concret de la crise sur les politiques sociales de l'Union : stratégie pour l'emploi, financement des pensions, dialogue social, inclusion sociale, etc. Ce document est publié par l'Institut syndical européen (ETUI - *European Trade Union Institute*).



Mineurs et risques sectaires

La Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes) vient d'éditer un guide pratique sur la protection des mineurs contre les dérives sectaires.

La Miviludes estime à 50 000 les enfants concernés par les sectes dont un dixième vivant dans des structures de type communautaire. La vulnérabilité physique et psychologique, la dépendance matérielle désignent les mineurs comme une cible facile pour des mouvements porteurs de dérives sectaires. Les auteurs du rapport ont identifié trois situations. La première est celle véhiculée par Internet, notamment le satanisme. 20 000 jeunes en seraient « victimes ». La seconde est l'attrait pour les parents d'enfants autistes ou hyperactifs de certaines thérapies mises en avant par des sectes. La dernière situation est celle d'enfants naissant dans les sectes et pour lesquels des risques pour leur santé physique et mentale ne peuvent être écartés.



http://www.miviludes.gouv.fr/IMG/pdf/guide_protection_enfance_complet-2.pdf

Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton

La Fnors vient de publier chez Elsevier Masson (collection Abrégés) la mise à jour du livre *Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton*. La première publication datait de 2006. Cette deuxième édition a été présentée en avant-première lors du 12^e congrès national des ORS qui vient de se tenir à Lyon.

Fruit d'une démarche menée depuis une vingtaine d'années par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors), l'édition de cet ouvrage a pour objet d'offrir une meilleure connaissance de l'état de santé de la population et de ses déterminants et d'en mesurer les évolutions, aux niveaux régional et cantonal.

L'ouvrage fournit une analyse détaillée mais aussi synthétique des disparités et inégalités socio-sanitaires en France hexagonale et dans les départements d'outre-mer. Il est illustré, par soixante cartes présentées par canton pour les données disponibles les plus récentes.

L'observation menée à ce niveau géographique donne une vision précise des variations spatiales au sein des régions, mais aussi des similitudes au-delà des découpages administratifs. La mesure de certaines évolutions au cours de la dernière décennie et une partition de la France en sept classes de cantons complètent l'état des lieux à travers quarante autres cartes. Ce livre est un outil d'aide à la décision précieux pour la définition de politiques adaptées aux besoins des populations, une base de discussion pour les acteurs de santé au sens large, tant décideurs que professionnels et représentants des usagers.

Un autre découpage de la France

À partir des données fournies par huit producteurs de données⁽¹⁾, soixante indicateurs calculés au niveau cantonal⁽²⁾, pour une moitié à dominante sociale et pour l'autre à caractère sanitaire, ont permis de découper la France sans tenir compte des frontières administratives.

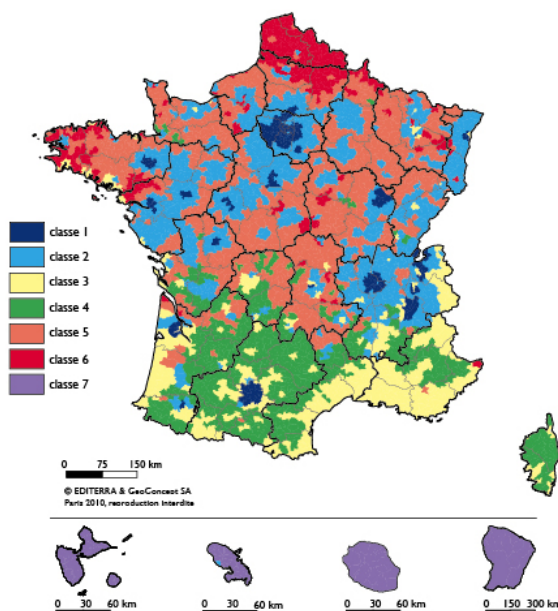
La représentation de la carte ci-contre, résultat de l'analyse statistique multidimensionnelle des soixante indicateurs, prend en compte le traditionnel constat d'une opposition entre le Nord, en surmortalité, et le Sud, en sous-mortalité. Mais, si le classique « T » de surmortalité septentrional est encore retrouvé pour la mortalité générale, il s'amoinde, voire disparaît pour la mortalité prématurée, particulièrement dans le Nord-Est. Ainsi, l'impact des inégalités sociales de santé est surtout le reflet des écarts de mortalité avant 65 ans. C'est dans les endroits où la population ouvrière ou les personnes en situation précaire sont importantes que cette mor-

talité élevée est retrouvée. Ce sont souvent des zones industrielles ou anciennement industrielles du nord et du centre de la France, mais aussi de certains secteurs bretons et normands. Par ailleurs, l'opposition entre zones rurales et secteurs urbains reste très prononcée en France, de même que celle qui existe entre l'Hexagone et les départements ultramarins. Finalement, l'analyse et la cartographie qui en découle soulignent la forte influence des déterminants sociaux, plus directement corrélés aux indicateurs de santé que les variables de l'offre de soins et posent ainsi la question du rôle de l'environnement physique et social, des comportements socio-culturels, des interactions complexes entre ces déterminants sur l'état de santé des individus.

1. CCMSA, Cnaf, Cnamts, DGI, Drees, Insee, Inserm CépiDc, ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer.

2. L'unité retenue est en réalité un canton aménagé, soit 3 261 cantons, sur les 4 036 constitués en vue de l'élection à l'assemblée départementale, qui regroupent notamment les fractions cantonales des grandes communes.

a. plan : Alain Trugeon
de g. à d. : Bernadette Lémy, Nadège Thomas,
François Michelot, les auteurs du livre



Légende de la carte

Classe 1 : zones urbanisées, socialement favorisées, à proximité des services de soins, en sous-mortalité.

Classe 2 : zones plutôt péri-urbaines, en situation moyenne par rapport au niveau national, tant pour la situation sociale que pour la mortalité, relativement peu dotées en services de soins de premier recours libéraux.

Classe 3 : zones relativement peu peuplées, avec une offre de soins de premier recours libérale importante, dans la moyenne nationale en regard de la mortalité, marquées par des différences sociales importantes entre les diverses populations qui la constituent.

Classe 4 : zones rurales avec de fortes proportions d'agriculteurs exploitants et de personnes âgées, connaissant une certaine précarité, éloignées des services de soins, en sous-mortalité générale et prématurée, hormis pour les causes accidentelles.

Classe 5 : zones rurales avec de fortes proportions d'ouvriers et d'agriculteurs exploitants, de faibles densités de professionnels de santé, en surmortalités générale, prématurée et accidentelle au sens large.

Classe 6 : zones industrielles avec une proportion d'ouvriers importante, de situations de précarité fréquentes, en surmortalités générale et prématurée.

Classe 7 : zones avec une population jeune, une fécondité élevée, socialement défavorisées, en surmortalité par maladies vasculaires cérébrales, et en sous-mortalité par cancers.

Outre Alain Trugeon et Nadège Thomas, plusieurs personnes de l'OR2S ont participé à cet ouvrage : Sylvie Bonin, Anne Ducamp, Amandine Jourden et Michaël Mansion.

7 décembre 2010, Amiens

Colloque « L'observation sanitaire et sociale dans les territoires : enjeux et perspectives » - Mardi 7 décembre 2010. Organisé par la Plateforme sanitaire et sociale de Picardie et l'OR2S

Programme : http://www.or2s.fr/Portals/0/Communications/Colloque_plateformesanitoc_7dec2010.pdf

Renseignements : plateforme@or2s.fr

8 décembre 2010, Paris

Premières rencontres prospectives - Où vivre vieux en 2030 ? Habiter autrement dans 20 ans. Organisé par l'Union nationale des réseaux de santé.

Site internet : <http://ouvivrevieuxen2030.com/inscription/index.php>

Renseignements : info@comm-sante.com

9 décembre 2010, Paris

Les impacts de la RGPP sur les politiques de santé, sanitaire et sociale : acteurs et outils de mise en œuvre. Organisé par l'École nationale supérieure de sécurité sociale et l'ENA.

Site internet : http://www.en3s.fr/IMG/pdf/fiche_inscription_enregistrable_2010.pdf

Renseignements : roselyne.dominguez@en3s.fr

14 décembre 2010, Paris

Cancer et travail. Organisé par l'ARC et l'INCA.

Site internet : <http://www.events-inca.com/arcinca/programme.pdf>

Renseignements : sgrunberg@institutcancer.fr, 01 41 10 15 62

14 décembre 2010, Paris

Le choix d'une approche ou d'une conception en prévention santé passe par du débat !. Organisé par la Société française de santé publique.

Site internet : <http://www.sfsp.fr/manifestations/pdf/bulletininscription.doc>

20 janvier 2011, Chauny

Forum territorial du Pays Chaunois. Organisé par le conseil régional de Picardie.

Renseignements : Tél : 03 22 97 26 78

4-5 février 2011, Paris

Colloque « Ville, santé et qualité de vie ». Organisé par le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS et la Société française de santé publique.

Site internet : <http://www.sfsp.fr/manifestations/pdf/pre-programme%2024-09-2010.pdf>

Les associations de solidarité vont devoir s'adapter

Thibault d'Amécourt, directeur, Uriopss Picardie



Le 30 septembre, l'Uriopss Picardie réunit ses adhérents et ses partenaires afin de réfléchir aux bouleversements organisationnels initiés par les grandes réformes de l'État. Nous n'avons peut-être pas suffisamment pris la mesure des bouleversements que provoquent la révision générale des politiques publiques (RGPP) ou encore la loi *Hôpital, patients, santé, territoires* (HPST) pour le secteur du privé non lucratif de solidarité... Les repères sont bousculés ! Les dernières lois ne cessent d'inquiéter les responsables associatifs car la logique des réformes, bien qu'habillées de bonnes intentions au bénéfice de l'usager-patient, semble fondée uniquement sur une volonté d'économies financières. Implicitement, elles suggèrent que la gestion des établissements et services puisse encore être améliorée et puisse produire de réelles diminutions des dépenses de l'État. C'est certain, il existe toujours des possibilités de mieux gérer. De même, il est évident que l'objectif d'assurer une vraie qualité des prestations aux personnes est un challenge permanent pour les gestionnaires associatifs. Mais ils s'interrogent vraiment sur leurs capacités à encore réduire les coûts. Il leur semble que déjà depuis quelques années, il leur est demandé de faire mieux avec des budgets de plus en plus contraints. Les niches de productivité ne leur paraissent pas évidentes... Les responsables associatifs, depuis des décennies, assuraient une fonction de révélateurs des besoins. Par leur engagement sur le terrain, ils décelaient la nécessité de répondre non seulement aux urgences, mais également de développer des actions pérennes. Ils ont été de réels promoteurs de l'action sociale. La loi de 1975 les avait confortés dans ce rôle. Depuis, la loi du 2 janvier 2002 les a replacés à une place de prestataires. Aujourd'hui, la loi HPST confirme que le secteur privé non lucratif, à l'instar du secteur public et privé lucratif, n'est qu'un élément de la concurrence sur un marché du social. La logique d'appels à projet édictée par la loi HPST consacre ce nouveau regard. On peut dire que c'est une vraie révolution pour le sec-

teur associatif à laquelle il est contraint de s'adapter. Dans le contexte de rigueur économique, les modes de financement sont repensés. Une nouvelle fois les associations doivent revoir leur logique de gestion de leurs établissements et services. Alors que jusqu'ici les gestionnaires présentaient des budgets construits à partir des charges et des recettes prévisibles, désormais ils auront à élaborer leur budget à partir d'un financement fixe arrêté unilatéralement et égalitairement selon les structures par le financeur. Il est question maintenant pour certaines structures, comme les Esat, les Ehpad, les CHRS d'établir des états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD). Là encore, les gestionnaires doivent s'adapter.

Quelle sera alors la responsabilité des dirigeants associatifs ? L'enjeu pour les associations sera de prouver qu'elles restent associations. L'associatif est d'abord l'histoire de projets associatifs, faits de valeurs, d'engagements humanistes, d'une gouvernance démocratique (une personne, une voix). Il ne doit pas perdre ses repères fondamentaux. Rien ne l'oblige à accepter l'inacceptable. Il ne vend pas, il est partenaire. Voilà pourquoi, malgré la rigueur, les associations continuent à croire que ne s'impose à elles que ce qu'elles veulent bien accepter au nom même de leurs projets associatifs, donc de ce qu'elles défendent. Les repères bougent, les associations bougeront pour continuer à être forces de proposition.

Les associations ne peuvent pas porter cette ambition de manière isolée. Voilà pourquoi l'Uriopss Picardie et la Fehap coordonnent la réflexion des responsables du secteur associatif et de ses membres nommés à la CRSA. Cette plateforme du privé non lucratif de solidarité a pour ambition de construire notre cohérence, dans un esprit de "concurrence" et non de concurrence.

Demain, d'autres réformes nous bousculeront... les responsables associatifs, notamment les administrateurs bénévoles, auront-ils toujours l'énergie de s'adapter ?



LETTRE D'INFORMATION
DE LA PLATEFORME SANITAIRE ET SOCIALE
DE PICARDIE

N°9, novembre 2010

Éditeur : OR2S, faculté de médecine, 3, rue des Louvels, 80036 Amiens cedex 1
Tél : 03 22 82 77 24, mél : info@or2s.fr site : www.or2s.fr
Mél de la plateforme sanitaire et sociale : plateforme@or2s.fr

Directeur de publication : Dr Joseph Casile (or2s)
Comité de rédaction : Émilie Blangeois (or2s), Yassine Chaïb (drjcs), Cécile Dizier (ars), Christine Jaafari (drjcs), Juliette Halifax (or2s), Marie-Véronique Labasque (creai), Philippe Lorenzo (or2s), Aline Osman-Rogelet (or2s), Alain Trugeon (or2s).
Mise en page : Philippe Lorenzo

n° ISSN : 1962-283X

© OR2S novembre 2010